EIN FALL

VON

PAPPILLÄREM OVARIALKYSTOM

MIT RECIDIV UND TOD

AN

CARCINOMA HEPATIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. JOHANN v. SÄXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER KGL. FRAUENKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

PHILIPP JUNG

APPROB. ARZT AUS FRANKFURT A. MAIN.

TÜBINGEN 1896.

DRUCK VON H. LAUPP JR.

EIN FALL

VON

PAPPILLÄREM OVARIALKYSTOM

MIT RECIDIV UND TOD

AN

CARCINOMA HEPATIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. JOHANN v. SÄXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER KGL. FRAUENKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

PHILIPP JUNG

APPROB. ARZT AUS FRANKFURT A. MAIN.

TÜBINGEN 1896.

DRUCK VON H. LAUPP JR.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552309_0210

Unter den Erkrankungen der weiblichen Genitalien nehmen die Cystengeschwülste der Ovarien wegen ihrer Häufigkeit eine hervorragende Stelle ein. Sind sie es doch, welche einer operativen Therapie ein dankbares Feld für Radikalheilungen selbst in den schwersten Fällen eröffnen, da sie selten malignen sind und meist schon zu einer Zeit diagnosticiert und operiert werden können, bevor sie einer bösartigen Degeneration anheimfallen. Die Neigung zu bösartiger Degeneration ist bei den einzelnen Ovarialgeschwülsten eine sehr verschiedene, besonders häufig geschieht dies bei den papillären Kystomen, die nach der Erfahrung der Neuzeit als maligne Geschwülste überhaupt angesehen werden, da sie nach längerem Bestande ungewöhnlich häufig bösartig werden und Metastasen bilden. Doch kommt diese Metastasenbildung nicht wie bei anderen bösartigen Geschwülsten dadurch zu Stande, dass auf dem Wege der Blut- oder Lymphgefässe die Keime verschleppt werden, sondern die Metastase entsteht dadurch, dass das Peritoneum in einer Zeit der Geschwulstentwicklung mit Teilen der Geschwulst in Berührung kommt. Die papillären Kystome kommen zu Stande, wenn sich in dem Innern der Cyste von der Wand ausgehend Bindegewebswucherungen bilden, die das Epithel vor sich herschieben und verschiedene Grösse haben. Je nach dem Grade der Wucherung und der Anzahl dieser Papillenbildung füllen diese den Raum der Cyste mehr weniger aus, bis bei raschem Wachstum die ganze Höhle mit dichten, blumenkohlartigen Wucherungen ausgefüllt erscheint und Raum für weiteres Wachsen nicht mehr vorhanden ist. Auch in diesem vorgeschrittenen Stadium der Geschwulstbildung ist diese, so lange die Cystenwand intakt ist, noch gutartig für ihre Umgebung. Sobald jedoch die Wand der Cyste durchbrochen wird, sei es traumatisch oder was häufiger der Fall ist, dass die Wucherung von Papillen die Wand durchbricht, so dass die gewucherten Papillen in die Bauchhöhle hereinragen, so kommt es zur Bildung von Metastasen in der Weise, dass durch Bewegungen meist durch die Peristaltik der Gedärme einzelne morsche Papillen von der Geschwulst sich

loslösen und an verschiedenen Stellen des Bauchfells haften blieben. Es kommt an der Stelle zur Entzündung, zur Gefässbildung in diesen losgelösten Papillen, zum Wachstum derselben. In ausgeprägten Fällen kann das ganze Bauchfell von zahlreichen solcher papillären Wucherungen bedeckt sein, die von verschiedener Grösse sind. Diese von der Geschwulst losgelöste und an einzelnen Stellen des Bauchfells haften gebliebenen papillösen Wucherungen haben grosse Neigung zur bösartigen Degeneration, während in der primären Geschwulst der Charakter der Gutartigkeit noch erhalten ist. Diese Metastasenbildung auf mechanische Weise durch Loslösung einzelner Teile der Geschwulst hat die Aufmerksamkeit der Kliniker in hohem Grade erregt und dazu geführt, dass man jetzt diese papillären Kystome als von Haus aus bösartige Tumoren ansieht und sie so frühzeitig als möglich zu diagnosticieren und zu entfernen sucht. Die Diagnose derartiger Fälle ist manchmal leicht manchmal schwer oder gar nicht zu stellen, was die Unterscheidung von den glandulären Kystomen anbelangt. Da die Geschwülste überaus häufig intraligamentär liegen, so kommt es zur Dislocation des Uterus und der Blase nach oben, vom Uterus ist meist nur der Vaginalteil von der Scheide aus zu erreichen, während der Fundus meist extramedian oberhalb des Beckens sich heraustasten lässt. Durch die combinierte Untersuchung kann man den meist sehr wenig beweglichen Uterus abtasten, seine Länge mit der Sonde messen. Die Untersuchung per rectum ist dagegen wenig Aufschluss gebend, man fühlt meist ein Segment ins kleine Becken hereinragen, das aber, da häufig Verwachsungen der Geschwulst mit der Umgebung da sind, wenig oder gar nicht beweglich erscheint. Ist die Cystenwand noch intakt, so zeigt der Tumor keineswegs ein so charakteristisches Anfühlen, dass man daraus die Diagnose etwa machen könnte. Zum Unterschied von glandulären Kystomen, wo gewöhnlich grössere Cysten sich heraustasten lassen, fühlt sich diese Geschwulst härter an, meist sind mehrere Höcker oder Tumoren in der Geschwulst zu fühlen, während Cysten mit Flüssigkeit gefüllt seltener und meist nur in geringer Grösse nachweisbar sind. Ist die Cystenwand dagegen schon durchbrochen und wuchern die Papillen teils auf der Geschwulst, teils an verschiedenen Stellen des Bauchfells zu grösseren Höckern hervor, so kann man beim Darüberstreichen der Geschwulst bei dünnen schwachen schlaffen Bauchdecken einzelne dieser Höcker fühlen, die sich durch Festwuchs, Consistenz und dadurch auszeichnen, dass man beim Darüberstreichen mit der Hand ein

eigentümliches Reibegeräusch wie „Schneeballenknirschen“ nachweisen kann; das auch manchmal dem Reibegeräusch eines mit gequollenen Reiskörnern gefüllten und abwechselnd eingedrückten dichten Ledersackes ähnelt (Coblenz). Ist die Wucherung der Metastasen eine grosse, so kann man nicht selten im Douglas und besonders vom Rectum aus die papillären Tumoren deutlich fühlen. Da nach erfolgter Infektion des Bauchfells gewöhnlich Ascites sich einstellt, so ist auch dieser Befund wertvoll für die Diagnose. Der Ascites ist nach Coblenz wahrscheinlich ein mehr secretorischer als ein auf entzündlicher Reizung beruhender, da anzunehmen ist, dass die Ansammlung von Flüssigkeit innerhalb der Cysten ebenfalls auf secretorischer Thätigkeit der meist sehr blutreichen Papillen beruht. Manchmal führen die blutreichen Papillen zur Blutung sowohl in der Cyste, als auch in die Bauchhöhle, wodurch die Zeichen einer hochgradigen Anämie plötzlich auftreten können. Aus diesem Symptom hat schon Spencer Wells die Diagnose eines papillären Tumors gestellt. Die ascitische Flüssigkeit ist nicht selten blutig gefärbt und kann dann zur sicheren Diagnose führen, wenn einzelne kleine von den Papillen losgelöste Partikelchen darin sind, die man mikroskopisch untersuchen kann. Ebenfalls sicher ist die Diagnose, wenn, was nicht häufig geschieht, derartige Teile von Papillen mit dem Urin oder dem Fäces abgehen nach Durchbruch der Geschwulst in diese Organe. Interessant ist bei diesen Geschwülsten auch die Thatsache, dass die an verschiedenen Stellen des Bauchfells sitzenden Metastasen selbst bei geringer Grösse derselben sehr rasch carcinomatös degenerieren, während die primäre Geschwulst durchaus noch gutartigen Charakter zeigt. Durch welche Momente diese rasche bösartige Entartung dieser Metastasen zu Stande kommt, während der oft grosse und lange bestehende Tumor noch gutartig ist, wissen wir noch nicht. Die Annahme Marchand's, „dass diese Papillome solange einen gutartigen Charakter behalten, bis die Patienten in ein höheres Alter kommen, wo erfahrungsgemäss epitheliale Neubildungen viel häufiger sich entwickeln stimmt deshalb nicht, da erfahrungsgemäss viele dieser Patienten noch im jugendlichen Alter stehen.

Bezüglich der Therapie kann nur die frühzeitige operative Entfernung des Tumors angezeigt sein. Die Vornahme einer Punktion, die ja auch bei anderen Kystomen nur noch in sehr seltenen Fällen vorgenommen wird, ist hier desshalb nicht auszuführen, weil dadurch eine Infektion des Bauchfells frühzeitig herbeigeführt werden kann.

Ich will nun einen interessanten Fall von papillärem Kystom aus der Tübinger Frauenklinik veröffentlichen, den Herr Professor v. Säxinger zu dieser Arbeit mir gütigst überlassen hat.

A. B., 18 Jahre, ledig, wurde am 8. März 1889 in die Tübinger Frauenklinik aufgenommen.

Anamnese:

Patientin war immer gesund; sie ist seit ihrem fünfzehnten Jahre menstruiert. Die Periode war immer unregelmässig, trat einmal nach 5 oder 7 Wochen wieder ein, ein andermal erst nach 3 Monaten. Der Blutverlust war immer ganz gering und hielt nur drei bis vier Tage an. Schmerzen waren nie dabei vorhanden. Seit Januar vor einem Jahr ist die Periode ganz ausgeblieben.

Seit ungefähr einem Jahre bemerkte Patienten, dass ihr Bauch grösser wurde. Auf welcher Seite das Wachstum begonnen habe, kann sie mit Bestimmtheit nicht angeben; sie glaubt auf der rechten. Seit Oktober wachse der Bauch schneller. Schmerzen oder andere Beschwerden hat Patientin nie verspürt.

Status praesens:

Kräftiges, blühend und gesund aussehendes Mädchen. Abdomen sehr stark vergrössert, seine grösste Peripherie beträgt 108 cm. An verschiedenen Stellen befinden sich kugelige Vorwölbungen, zwischen denen Einsenkungen zu bemerken sind. Der Tumor besteht aus mehreren, verschieden grossen Cysten, die deutliche Fluctuation zeigen. Ganz tief in den abhängigen Partieen ist tympanitischer Schall nachzuweisen. Ausser einigen frischen Striae zeigt die Haut keine Veränderung; sie ist über dem Tumor schmerzlos verschieblich.

Bei innerlicher Untersuchung kommt man sofort auf den nach abwärts gedrängten, descendierten Vaginalteil, auch der Uterus ist descendiert und liegt retrovertiert, der Fundus mehr nach rechts. Von der Scheide lässt sich der Uterus nicht abtasten, dagegen vom Rectum aus. Hinter der Symphyse, besonders links, kann man ein Segment der Cyste hineindrängen und fühlen. Von der linken Flanke des Uterus glaubt man einen Verbindungsstrang zur Cyste zu fühlen und zwar nur vom Rectum aus. Der Uterus ist frei für sich leicht und ohne Schmerzen zu bewegen.

Die Uteruslänge beträgt 6,9 cm. Die Sonde geht nach hinten und etwas nach rechts hinein.

Die Blase ist nicht dislociert, der obere Rand steht $1^1/_2$ Querfinger über dem oberen Rand der Symphyse.

Die Rippen sind gegeneinander gedrängt, teilweise übereinander geschoben. Lungen und Herz sind vollständig normal. Puls in der Minute 82.

Diagnose:

Da die Patientin auf eine Operation nicht eingehen will, so wird eine Punktion der Cyste gemacht. Kystoma ovarii sinistri. 13. III. Zuerst wird in der rechten Unterbauchgegend der Troicart eingestochen, es entleert sich jedoch nur wenig gelbliche, mit Blut untermischte colloide Flüssigkeit; mit der Kanüle stosst man auf eine Cystenwand. Es wird nun an der entsprechenden Stelle auf der linken Seite eingestochen, aber auch hier entleert sich nur wenig. Im Ganzen betrug die Menge der entleerten Flüssigkeit 600 ccm.

Mit Einwilligung der Kranken wird am 25. III. die Ovariotomie durch Herrn Prof. Dr. v. Säxinger vorgenommen.

Der Bauchschnitt beginnt einige Querfinger über dem Nabel und endet oberhalb der Symphyse. Bei Durchtrennung der einzelnen Schichten erweisen sich besonders die vordere und hintere Scheide des M. rectus abdominis als sehr derb. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und vollständiger Durchtrennung der Bauchdecken sieht man, dass die Cyste nach rechts und links durch sehr breite, straffe und feste Adhäsionen mit der Bauchwand verwachsen ist; auch zeigen sich verschiedene Verwachsungen mit dem Netz, in denen starke, nahezu bleifederdicke Gefässe verlaufen. Die Netzadhäsionen werden doppelt unterbunden und durchschnitten. Der Bauchschnitt wird nun nach oben bis beinahe an den Proc. xiphoideus erweitert, indem die Bauchdecken auf der Hohlsonde auf einmal durchschnitten werden.

Die Geschwulst besteht aus zahlreichen grösseren und kleineren Cysten. Es werden nun zunächst die vielen derben und festen Verwachsungen doppelt unterbunden und durchschnitten, hierauf die grösseren Cysten punktiert, die kleineren einfach mit dem Messer angestochen und so entleert. Der Tumor lässt sich jetzt aus dem Bauche etwas herauswälzen, wobei der Stiel links unten sichtbar und zugänglich wird. Derselbe ist einmal torquiert; er wird in der gewöhnlichen Weise unterbunden und abgeschnitten. Die aus den einzelnen Cysten entleerte Flüssigkeit ist von den verschiedensten Farben, teils braun, teils gelblich, teils milchig, teils wässerig.

Der Wundheilungsverlauf war ein absolut günstiger, abgesehen von einer Angina follicularis, die drei Wochen post operationem sechs Tage lang ziemlich hohe Temperaturen hervorrief.

Am fünften Mai, fünf Wochen post operationem, wurde Patientin vollkommen geheilt entlassen.

Die mikroskopische Diagnose des exstirpierten Tumors ergab ein papilläres, multiloculäres Kystom des Ovariums; irgendwelche Stellen, die eventuell auf Carcinom verdächtig gewesen wären, waren nicht aufzufinden.

Nach vier Jahren, am 20. Juli 1893, stellt sich Patientin wiederum in der Tübinger Klinik vor. Ich lasse die Krankengeschichte der zweiten Aufnahme folgen.

Anamnese:

Am 25. März 1889 wurde an der Patientin die Laparotomie wegen linksseitigen Ovarialkystoms gemacht und am 5. Mai 1889 wurde sie geheilt entlassen. Die ersten zwei Jahre nach der Operation fühlte sie keinerlei Beschwerden, vielmehr trat die Periode, die vorher sehr unregelmässig gewesen war, jetzt regelmässig vierwöchentlich ein, vier bis 5 Tage anhaltend mit mässigem Blutverlust und Schmerzen im Rücken. Seit zwei Jahren etwa bemerkt Patientin wieder ein allmähliches Grösserwerden des Bauches und zwar von rechts unten aus. Hie und da stellen sich stechende Schmerzen im Leibe ein. Das sonstige Wohlbefinden ist ungestört.

Status praesens:

Gesund und kräftig aussehende Patientin. Die rechte Hälfte des Abdomens ist kugelig vorgewölbt durch einen mannskopfgrossen, sehr prall gespannten Tumor, der sich auch nach links erstreckt. Die grösste Peripherie des Abdomens beträgt 90 cm. Rechts, wo der Tumor den Rippenbogen erreicht, fühlt derselbe sich cystisch, links dagegen fibromhart an. Die 27 cm lange Laparatomiewunde ist gut vernarbt. Die Bauchdecken sind dünn, gespannt und schmerzlos über dem Tumor verschieblich. Ueber den abhängigen Partieen ist beiderseits tympanitischer Schall.

Der Introitus vaginae ist eng. Der Uterus ist anteflektiert, liegt horizontal, links extramedian, vergrössert, 9 cm lang. Er ist für sich beweglich und isoliert herauszutasten. Von der rechten Uterusflanke fühlt man einen Verbindungsstrang nach rechts zum Tumor hinüberziehen. Hoch oben hinter Symphyse fühlt man ein kugeliges, pralles, cystisches Segment. Die Blase ist nach links, jedoch nicht nach oben dislociert. Eine Probepunktion ergibt als Cysteninhalt eine milchigweise, colloide Flüssigkeit.

Die Herztöne sind rein, der Puls kräftig.

3. VIII. 1893. Laparatomie durch Herrn Prof. Dr. v. Säxinger.

Narkose mit Chloroform-Aether aa, vorher 0,02 Morphium. Der Schnitt wird in der alten Narbe gemacht und reicht vom Nabel bis zur Symphyse. Die Durchtrennung der einzelnen Schichten ist in dem narbigen Gewebe schwierig. Links sind die Bauchdecken nicht mit dem Tumor verwachsen, dagegen rechts von der Mittellinie an sehr fest und unlösbar, weshalb vorerst nur der linke und ein Teil des oberen Abschnittes des Tumors übersehbar ist. Die Bauchdecken werden auf der Hohlsonde weiter nach oben gespalten, wobei mehrere blutende Gefässe, besonders im Wundwinkel, gefasst und unterbunden werden müssen. Vordrängende Därme zeigen, dass die Bauchhöhle vollständig eröffnet ist. Nun sieht man, dass die ganze freiliegende Vorderfläche und auch ein Teil der Hinterfläche des Tumors von gefässreichem Netz überdeckt und mit demselben verwachsen ist. Unter mühsam und zeitraubender Arbeit wird das Netz in kleineren und grösseren Partieen losgelöst und unterbunden. Mehrere grössere Venen werden für sich ligaturiert. Da mehrere Versuche, den Tumor von links her herauszuwälzen, vergeblich sind, wird links unten punktiert, wobei sich zwar nur wenig colloide, chokoladebraune Flüssigkeit entleert, jedoch die Cyste collabiert. Um den Tumor weiter zu verkleinern, wird auch rechts oben punktiert, auch hier entleert sich verhältnismässig wenig, aber doch so viel, dass der ganze Tumor kleiner wird und die Hinterfläche besser übersehen werden kann. Hinten ist der Tumor an mehreren Stellen mit dem Dünndarm verwachsen, die Adhäsionen lassen sich jedoch leicht versorgen. Mehrere Versuche, den Tumor mit Gewalt herauszuwälzen, sind völlig vergebens, ebenso ist das Loslösen der rechten Bauchwandhälfte vom Tumor ganz unmöglich. Es werden nun teils mit dem Messer, teils mit der Scheere die knorpelartigen Verwachsungen durchtrennt, bis man an eine Stelle kommt, an welcher der Tumor freiliegt. Auch jetzt sind noch auf dieser Seite, besonders unten, mehrere Ligaturen an dem mit dem Tumor verwachsenen Netz notwendig. Nachdem noch mehrere kleine Adhäsionen, besonders oben rechts mit der Scheere durchtrennt sind, sieht man, dass der Tumor keine Verbindung ins Becken hinabschickt und man meint, dass vielleicht der dünne, morsche Stiel abgerissen sei. Beim Austasten des kleinen Beckens fühlt man jedoch zweifellos das rechte, ovoide, gefurchte, normal grosse Ovarium. Der Tumor geht also von der Innenfläche der Bauchwand rechts mit einem zehn bis zwölf cm langen, der Bauchwunde parallel laufenden und ca. fingerdicken Stiel aus. Indem die untere Grenze der Cyste mit dem in

sie hineingeführten Finger markiert wird, wird mit der Scheere der Tumor herausgeschnitten, wobei entsprechend der Länge des Stiels ein Defekt im Peritoneum entsteht, so dass man annehmen muss, dass der Tumor vom Peritoneum überkleidet war. Da der Stiel blutet und lappenförmig-fetzig in die Bauchhöhle hineinhängt, so wird er mit drei Matratzennähten an die Bauchwand angenäht und auf diese Weise versorgt. Mehrere parenchymatös blutende Stellen am Peritoneum stehen auf Druck mit dem Schwamm. Naht der Bauchwunde mit 18 teils tiefen, teils oberflächlichen Suturen.

Operationsdauer nahezu zweieinhalb Stunden. Die Narkose, zu der 125 g Chloroform-Aether gebraucht wurden, verlief ohne Zwischenfall, der Puls hielt sich sehr gut.

Der Wundverlauf war ein durchaus günstiger, ohne erhebliche Temperatursteigerungen. Patientin wurde geheilt entlassen. Sie wanderte bald darauf nach Amerika aus und von hier gelangte später an die Klinik die Nachricht, dass Patientin am 19. November 1893 laut Sektionsbefund an Carcinoma hepatis gestorben sei.

Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab Folgendes:

„Der Bau der Geschwulst ist an verschiedenen Stellen verschieden: teils der eines Kystoma multiloculare simplex, teils der eines Kystoma papilliferum. Irgendwelche Stellen, die den Verdacht auf Carcinom hätten erwecken können, wurden nicht gefunden.

Der Fall bot bezüglich seines Verlaufes grosses Interesse, zwei Jahre nach der Entfernung des cystischen Tumors blieb Patientin völlig gesund und hatte über keinerlei Störungen zu klagen, bis dann allmählich abermals ein grosser Tumor zur Ausbildung gelangte, den man mit Wahrscheinlichkeit als von dem andern Ovarium ausgehend ansah, was sich aber bei der Operation nicht bestätigte, da das Ovarium normal gefühlt werden konnte. Dieser zweite Tumor sass breitbasig auf dem Peritoneum auf und war wegen der zahlreichen derben, zum Teil callösen Verwachsung sehr schwer zu entfernen, auch nach diesem zweiten schweren Eingriff war der Verlauf nach der Operation ein völlig normaler, so dass die Kranke geheilt aus der Klinik entlassen werden konnte. Kurze Zeit darauf starb die Kranke an einem Carcinom der Leber, das durch die Sektion nachgewiesen wurde. Es muss wohl angenommen werden, dass der zweite Tumor nach der ersten Operation dadurch zu Stande gekommen ist, dass Partikelchen des Tumors bei der mühsamen Entfernung desselben zurückgeblieben, am Bauchfell

haften geblieben sind und sich allmählich zu einem zweiten Tumor herausgebildet haben. Interessant ist, dass dieser zweite Tumor nicht wie es sonst gewöhnlich der Fall ist carcinomatös degenerierte, sondern nach dem Ergebnis der anatomischen Untersuchung ebenfalls wie der erste Tumor als gutartig bezeichnet wurde. Sehr rasch nach der zweiten Operation starb Patientin an einem Leberkrebs, der wohl durch den zweiten Tumor veranlasst wurde, indem an Stelle desselben sich Carcinom entwickelte, das zu Leberkrebs und zum raschen Tod führte. Schriftliche Mitteilung über den Obduktionsbefund lassen diese Annahme als höchst wahrscheinlich erscheinen. Dass bei mikroskopischer Untersuchung eines grossen Tumors trotz sorgfältigster Vornahme derselben, doch eine Stelle übersehen werden kann, wo die carcinomatöse Degeneration bereits vorhanden ist, ist wohl selbstverständlich, so dass auch die Annahme gerechtfertigt sein kann, dass der zweite durch Impfmetastase entstandene Tumor schon an einzelnen Stellen krebsig war, wo denn der rasch nach der gut abgelaufenen zweiten Operation sich entwickelnde Leberkrebs den Tod herbeiführte.

Wiederholt sind auch in der hiesigen Klinik Ovarialtumoren exstirpiert worden, die vom Standpunkt des Klinikers als völlig gutartig sich erwiesen und wo auch die mikroskopische Untersuchung keinen Verdacht auf Carcinom ergab und doch nach nicht langer Zeit Carcinom sich einstellte. Das Carcinom der Leber lässt sich vielleicht auch durch Haftenbleiben eines Partikelchen von der Geschwulst bei der Operation erklären. Ausser dem papillären Kystom sind denn auch die Ovarialkystome als nicht gutartige Geschwülste anzusehen, welche einen auffallend zähen, gelben, vogelleimartigen Inhalt haben, der durch die Punktion sich nicht entleeren lässt. Gelangt etwas von dieser Flüssigkeit in die Bauchhöhle, so findet eine Resorption wegen der dicken Konsistenz nicht statt, es kommt zu Metastasen an verschiedenen Stellen des Bauchfelles in Form von dicken Schwarten oder in Form von kleinen Knötchen. Die Cystenflüssigkeit führt zur Entzündung, Gefässentwicklung, ja selbst zur Bildung von Bindegewebe, das die zähe Masse durchsetzt, zur Bildung von cystösen Räumen Veranlassung gibt, die im einzelnen Fall ganz erhebliche Grösse erreichen können. Eine eigentliche Metastasenbildung ist dieser Vorgang wohl nicht, sondern eine Entzündung des Peritoneums an der Stelle, wo die zähe, nicht resorbierbare Flüssigkeit als Fremdkörper sitzen geblieben ist.

Für diese sekundäre Affektion des Peritoneums wurden ver-

schiedene Namen gewählt Peritonitis gelatinosa, Kystoma myxomatosum ovarii, Myxoma peritonei, Pseudomyxoma peritonei.

Zum Schluss erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. v. Säxinger für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Privatdocent Dr. Winternitz für die liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung der Arbeit meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Litteratur.

1) Ziegler. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie.

2) Cohn. Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XII. S. 14.

3) Winter. Ueber die Recidive des Uteruskrebses, insbesondere über Impfrecidive. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXVII. S. 101.

4) Pfannenstiel. Ueber Carcinombildung nach Ovariotomieen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXVIII.

5) Pfannenstiel. Beitrag zur pathologischen Anatomie und Histogenese des Uteruskrebses auf Grund eines weiteren Falles von doppeltem Carcinom der Gebärmutter. Centralblatt für Gynäkologie. 1893. S. 414.